



GAZETA KONGRESOWA

XXIX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Uroczysta Inauguracja

XXIX Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

W czwartek o godz. 17:30 w Sali Poznań EXPO Kraków odbyła się Uroczysta Inauguracja Kongresu PTK. Gości powitał Komitet Organizacyjny, który współtworzyli prof. dr hab. n. med. Jacek Legutko, prof. dr hab. n. med. Stanisław Bartuś, prof. dr hab. n. med. Monika Komar oraz prof. dr hab. n. med. Marek Rajzer.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego przywitano licznie zgromadzonych gości, wśród których byli m.in.: Agnieszka Gorgoń-Komor – Przewodnicząca Zespołu ds. kardiologii, Wiceprzewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia, Konrad Korbiński – dyrektor generalny w Ministerstwie Zdrowia, Stanisław Kraków – Zastępca Prezydenta Miasta Krakowa, Jadwiga Wójtowicz – Wiceprzewodnicząca Sejmiku Wojewódzkiego przeczytała list od Marszałka Małopolskiego, Joanna Bogacz – Dyrektor Wydziału Zdrowia Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego przeczytała list od Wojewody, Sylwia Bętkowska przeczytała list od dr Adama Jarubasa – Przewodniczącego Komisji Zdrowia w Parlamencie Europejskim. Profesor Robert J. Gil przeczytał list od Prezydenta-Elekt Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. Cecili Lindę.

Następnie Prezes PTK prof. Robert J. Gil poprosił o uczczenie minutą ciszy tych, którzy odeszli w ciągu ostatniego roku, a po wystąpieniu powitalnym dołączył do niego przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresów PTK prof. Jacek Legutko. – *Witamy w Krakowie, w mieście, dla którego od wieków nauka stanowi jeden z podstawowych filarów – od założenia pierwszego polskiego uniwersytetu – Uniwersytet Krakowski, czy też Uniwersytet Jagielloński w roku 1364. Obecnie w Krakowie znajduje się łącznie 27 uczelni wyższych, w tym siedem uniwersytetów, na których studiuje ponad 200 tys. osób rocznie z kraju i zagranicy* – mówił prof. Jacek Legutko. Doniosłą częścią Inauguracji było podsumowanie kadencji przez ustępującego Prezesa PTK prof. Roberta J. Gila, poinformowanie o wyniku wyborów na kadencję 2025–2027 oraz przekazanie pałeczki kolejnemu Prezesowi prof. Markowi Gierlotce, który przedstawił swój program na kolejną kadencję Zarządu Głównego PTK.

Tradycyjnie część ceremonii przeznaczono na wyróżnienia i nagrody. W tym roku po raz 25. wręczono Nagrodę Prezesów PTK – z rąk prof. Janiny Stępińskiej, Przewodniczącej Kapituły, otrzymał ją dr hab. Łukasz Kuźma za cykl prac: „Rola zewnętrznego ekspozycji w rozwoju i progresji chorób sercowo-naczyniowych: translacyjne badania populacyjne w Polsce”. Nagrodę PTK im. Profesora Stefana Rywika za rok 2025 z rąk prof. Miłkowskiego, prof. Gila i prof. Gierlotki za wybitne osiągnięcia naukowe, organizacyjne, edukacyjne



i popularizatorskie na rzecz profilaktyki chorób układu krążenia otrzymał prof. Piotr Jankowski. Następnie prof. Przemysław Leszek poprowadził ceremonię rozdania Nagród Naukowych PTK za rok 2024, które otrzymali: Nagrodę Naukową zespół autorów: A. Kutarski, W. Jachec, A. Polewicz, D. Nowosielecka za cykl prac „Powikłania elektroterapii oraz skuteczność i bezpieczeństwo zabiegów przeciwnowotworowego usuwania elektrod wewnątrzsercowych i wpływ na rokowanie odległe”; Nagrodę za Publikację Naukową w roku 2024 zespół autorów J. Biegus, A. Mebazaa, B. Davison, G. Cotter, Ch. Edwards, J. Čelutkienė, O. Chioncel, A. Cohen-Solal, G. Filippatos, M. Novosadova, K. Sliwa, M. Adamo, M. Arrigo, C.S.P. Lam, J.M. Ter Maaten, B. Deniau, M. Barros, K. Čerlinskaitė-Bajorė, A. Damasceno, R. Diaz, E. Gayat, A. Kimmoun, P.S. Pang, M. Pagnesi, H. Saidu, K. Takagi, D. Tomasoni, A.A. Vorders, M. Metra, P. Ponikowski za pracę: „Effects of Rapid Uptitration of Neurohormonal Blockade on Effective, Sustainable Decongestion and Outcomes in STRONG-HF” opublikowaną w piśmie „Journal of the American College of Cardiology”; zespół autorów Ł. Kuźma, E.J. Dąbrowski, A. Kurasz, M. Świączkowski, P. Jemielita, M. Kowalewski, W. Wańha, P. Kralisz, A. Tomaszuk-Kazberuk, H. Bachórzewska-Gajewska, S. Dobrzycki, G.Y.H. Lip za pracę: „Effect of air pollution exposure on risk of acute coronary syndromes in Poland: a nationwide population-based study (EP-PARTICLES study)” opublikowaną w piśmie „Lancet regional health. Europe”; oraz zespół autorów M. Waligóra, M. Kurzyńska, T. Mularek-Kubzdela, I. Skoczyńska, Ł. Chrzanowski, P. Błaszczak, M. Jaguszewski, B. Kuśmierczyk, K. Ptaszyńska, G. Grzesk, K. Mi-

zia-Stec, E. Malinowska, M. Peregud-Pogorzelska, E. Lewicka, M. Tomaszewski, W. Jachec, M. Florczyk, E. Mroczek, Z. Gąsior, A. Pawlak, K. Betkier-Lipińska, P. Pruszczyk, K. Widejko, W. Zabłocka, G. Kopec za pracę: „Effects of β -Blockers on the Outcomes in Patients With Pulmonary Arterial Hypertension Stratified by the Presence of Comorbid Conditions: A Multicenter Prospective Cohort Study: The Database of Pulmonary Hypertension in the Polish Population (BNP-PL)” opublikowaną w piśmie „CHEST Journal”.

Następnie na scenę wszedł prof. Jacek Legutko, który wręczył nagrody Komitetu Naukowego Kongresów PTK za najlepsze prace wygłoszone podczas XXIX Kongresu PTK zakresu: badań klinicznych za pracę: „Nowe elektrokardiograficzne czynniki ryzyka groźnych zdarzeń sercowo-naczyniowych w zespole Andersen-Tawila” zespołowi M. Krych, J. Ponińska, I. Kowalik, P. Bienias, A. Filipecki, R. Gajda, P. Kukla, A. Główniak, M. Pitak, M. Mazij, K. Janisz, M. Lisicka, K. Mizia-Stec, P. Pruszczyk, E. Biernacka; badań podstawowych za pracę: „Profile transkryptomiczne niewydolnej prawej komory serca z powodu niewydolności lewej komory (LVHF) i nadciśnienia płucnego (PAH)” zespołowi A. Paterek, S. Acharya, L. Zhang, A. Lumley, C. Nicolas, E. Goretti, P. Leszek, Y. Devaux, M. Mączewski; prac plakatowych za pracę: „Zmienność oceny LVEF: porównanie oceny eksperta i sztucznej inteligencji vs CMR” zespołowi P. Molek-Dziadosz, A. Woźniak, A. Furman-Niedziejko, K. Pieszko, J. Szachowicz-Jaworska, T. Miszański-Jamka, M. Krupiński, J. Nessler, A. Gackowski; oraz badań studenckich za pracę: „Związek podwyższonego stężenia cytrulinowanego histonu H3 z zespołem pozakrzepowym” zespołowi

P. Michel, J. Krupa-Zabiegała, M. Ślaboszewski, K. Stępień, A. Undas.

Jak co roku przyznano również granty: Grant Naukowy firmy Servier Polska otrzymała Barbara Kutryb-Zając, Grant dla Młodego Naukowca 2025 we współpracy z firmą AstraZeneca przyznano Kindze Zujko-Kowalskiej, „Specialized Research Fellowship – 2025” „Klubu 30” PTK trafił do Karoliny Gumiężnej, a Nagrodę Naukową im. Profesora Leszka Ceremużyńskiego za rok 2024 wręczono Agacie Krawczyk-Ożóg. Ponadto PTK podziękowało Senator Agnieszce Gorgoń-Komor – Przewodniczącej Zespołu ds. kardiologii, Wiceprzewodniczącej Senackiej Komisji Zdrowia – za wieloletnią, owocną i pełną zrozumienia współpracę na rzecz rozwoju polskiej kardiologii. Do sekcji młodych polskich kardiologów dołączyli: Magdalena Polaczyk, Sonia Borodicz-Jażdżyk, Karol Momot, Magdalena Dudek, Sonia Nartowicz, Marta Bujak, Marek Milewski, Maciej Dyrbus, Jakub Strzelczyk, Paweł Kurzyńska, Mikołaj Błaziak, Aleksandra Ostrowska, Anna Kurasz i Barbara Zdzierak.

Podczas uroczystości została wręczona także nagroda za najlepszą pracę oryginalną/wdrożenie w zakresie e-zdrowia, telemedycyny i sztucznej inteligencji zaprezentowaną podczas XXIX Kongresu PTK. Z rąk prof. Pawła Krzesińskiego Nagrodę Główną odebrał Sławomir Pawłowski z zespołem ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego za „Wykorzystanie zdalnej fotopletyzmografii, analizy wideo i uczenia maszynowego w nieinwazyjnej diagnostyce niewydolności serca: badanie pilotażowe”.

Tytuł Fellow of the Polish Cardiac Society 2025 nadano: prof. Robertowi Olszewskiemu, dr hab. Piotrowi Bieniasowi, prof. Michałowi Orzykowskemu, prof. Michałowi Ciurzyńskiemu, prof. Katarzynie Kurnickiej oraz prof. Izabelli Uchmanowicz. Szczególne wyróżnienie z rąk prof. Gila, prof. Gierlotki oraz wygłaszającego laudację prof. Przemysława Miłkowskiego otrzymała wieloletnia Dyrektor Biura PTK Beata Lewandowska, która odchodzi na zasłużoną emeryturę.

W ostatniej części ceremonii przyznano tytuły – Partner Strategiczny Polskiej Kardiologii 2025: Servier Polska; Partner Polskiej Kardiologii 2025: AstraZeneca, Berlin-Chemie/Menarini, Boehringer Ingelheim, Polpharma; Przyjaciół Polskiej Kardiologii 2025: Abbott, Adamed, Bausch Health, Bristol Myers Squibb, Novartis, Pfizer; Wyróżnienie Zarządu Głównego PTK 2025: Krka.

Po uroczystej inauguracji rozpoczęła się Sesja specjalna Prezesa PTK, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii i Przewodniczącego Komitetu Naukowego Kongresów PTK – „Od modelu do wdrożenia: Krajowa Sieć Kardiologiczna jako fundament nowoczesnej opieki nad pacjentem kardiologicznym”. ●

Sylwetka laureata Nagrody Kapituły Prezesów PTK 2025



prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska
Przewodnicząca Kapituły Nagrody Prezesów PTK

W tym roku obchodzimy 25-lecie Nagrody Prezesów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Od 25 lat jest ona najważniejszym wyróżnieniem naukowym przyznawanym przez PTK. W skład Kapituły Nagrody wchodzi wszyscy dotychczasowi Prezesi PTK oraz Prezes-Elekt. Fundatorem nagrody jest firma Bayer.

Regulamin Nagrody nie zmienił się od kilku lat. Nagroda jest przyznawana naukowcom, członkom PTK, którzy w dniu, w którym mija termin zgłoszeń do Nagrody nie ukończyli 45. roku życia. Przyznawana jest za oryginalny dorobek naukowy lub nowatorskie rozwiązania wdrożeniowe w zakresie kardiologii klinicznej lub doświadczalnej. Podstawę wniosku o nagrodę stanowią prace wydrukowane w recenzowanych czasopismach naukowych. Przynajmniej część dorobku, będącego podstawą wniosku, musi być realizowana w Polsce. Natomiast we wszystkich zgłoszonych pracach kandydat musi mieć afiliację polskiego ośrodka.

W ostatnich kilku latach wpływało kilkanaście wniosków o Nagrodę; w tym roku wpłynęło tylko sześć. Prawie wszystkie wnioski zgłoszone były przez kandydatów nie po raz pierwszy. Pięć wniosków złożyli samodzielni pracownicy nauki. Wśród kandydatów była jedna kobieta. Połowa kandydatów pochodzi z Warszawy, dwóch z Białegostoku, jeden z Wrocławia.

Dokumentacja w formie elektronicznej została przekazana członkom Kapituły przed posiedzeniem. Największą wiedzę o osiągnięciu zgłoszonym do Nagrody czerpiemy z załącznika, który poza danymi formalnymi, jest krótkim opisem osiągnięcia. Kapituła ocenia oryginalność, nowatorstwo osiągnięcia, ale również zapoznaje się z publikacjami, które dołączane są do wniosków.

Nagroda Prezesów PTK nie jest przyznawana za całokształt dorobku naukowego. Kapituła, analizując szczegółowo zgłoszenia, koncentruje się przede wszystkim na osiągnięciu przedstawionym we wniosku. Ponieważ dorobek niemal wszystkich kandydatów (z wyjątkiem jednego) był już wcześniej znany i uznany za znaczący, oceniano przede wszystkim postęp w ich rozwoju naukowym oraz liczbę cytowań prac składających się na zgłoszone osiągnięcie. Zwracano również uwagę na zaangażowanie kandydatów w działalność w strukturach PTK, a także rozpoznawalność w środowisku naukowym.

Tegorocznym Laureatem został dr hab. n. med., prof. PIM MSWiA Łukasz Kuźma z Kliniki Kardiologii Inwazyjnej, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku / Kliniki Kardiologii i Transplantologii, Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA. Temat osiągnięcia badawczego: „Rola zewnętrznego ekspozycji na rozwój i progresji chorób sercowo-naczyniowych: translacyjne badania populacyjne w Polsce.” Cykl składa się z dziesięciu prac, w tym ośmiu oryginalnych, jednej pogładowej i jednego listu do redakcji opublikowanego w The



Lancet Regional Health. Prace opublikowane były w latach 2020–2025, Impact Factor cyklu wynosi 92,84, a suma cytowań 147. Pan Profesor jest pierwszym albo ostatnim autorem wszystkich publikacji. To pierwszy w Polsce ogólnokrajowy projekt łączący real-world data z zaawansowanym modelowaniem narażenia środowiskowego opartym na zobrazeniach satelitarnych programów Copernicus i NASA.

Członkowie Kapituły podkreślali oryginalność tematyki badawczej. Dr Kuźma wzmocnił w polskiej debacie klinicznej pojęcie ekspozycji – całokształtu środowiskowych narażeń – pokazując, że należy traktować go jako pełnoprawny, modyfikowalny czynnik ryzyka w kardiologii. W swoich publikacjach opracował precyzyjne mapy narażenia i – po raz pierwszy w tym ujęciu – włączył do analiz nie tylko zanieczyszczenie powietrza, lecz także zanieczyszczenie światłem oraz hałas. W badaniach autor rozwinął koncepcję „polskiego smogu” – szczególnie toksycznej dla układu krążenia mieszanki emisji związanej z sezonem grzewczym. Zaproponował także „oś kardiologiczno-klimatyczną”, łączącą ekspozycję z tzw. karą klimatyczną – zjawiskiem, w którym ocieplenie klimatu utrudnia poprawę jakości powietrza – co obrazuje synergistyczny efekt obu czynników. W swoich analizach pokazał, że nawet niskie poziomy zanieczyszczeń wiążą się ze wzrostem ryzyka sercowo-naczyniowego, przede wszystkim występowania ostrych zespołów wieńcowych, niewydolności serca i udaru niedokrwinnego – zdarzeń bezpośrednio przekładających się na zgony i lata utraconej sprawności. Konkluzja jest klarowna: nie ma „bezpiecznego progu” narażenia – im niżej, tym lepiej. Ta konkluzja współgra z tegorocznym hasłem kongresu PTK: „Twoje serce – Twoje życie. Żyj zdrowo, przestrzegaj zaleceń” i nadaje mu dodatkowy praktyczny wymiar.

Jego działania ukierunkowane są na wymiar translacyjny. Wprowadzony przez autora wskaźnik ePM-years służy do praktycznej oceny długoterminowego narażenia na pyły – analogicznie do „paczolat” stosowanych w ocenie ekspozycji

na dym tytoniowy. Po walidacji wskaźnik ten może stać się narzędziem klinicznym, włączanym do skal ryzyka oraz narodowych systemów informacyjnych, takich jak polski mObywatel. Ostatecznym celem jest stworzenie systemu informacyjnego opartego na technologiach cyfrowych bliźniaków zdrowotnych, dostarczającego personalizowane powiadomienia dostosowane do stanu zdrowia i aktywności użytkowników.

Potencjał translacyjny wzmacniają przygotowane wytyczne Europejskiego oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które autor współtworzy. Dzięki tym działaniom polska kardiologia zyskała konkretne narzędzia i kierunki działania, by skuteczniej chronić pacjentów i całe społeczeństwo.

Nauczycielami i wieloletnimi opiekunami naukowymi kandydata są prof. Sławomir Dobrzycki oraz prof. Hanna Bachórzewska-Gajewska z Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Cykl badań rozpoczął w 2021 roku i kontynuuje go obecnie w Wielkiej Brytanii pod opieką prof. Gregory’ego Y.H. Lipa, współpracując z naukowcami z Cambridge University i University of Liverpool nad nowymi skalami szacowania ryzyka sercowo-naczyniowego (np. SCORE) zawierającymi elementy środowiskowo-klimatyczne. Wyniki badań prowadzonych we współpracy z badaczami z Wielkiej Brytanii i Hiszpanii wskazują na nowe możliwości zmniejszenia zagrożenia chorobami układu sercowo-naczyniowego, a także na strategiczne decyzje wpływające na zdrowie publiczne.

W imieniu Kapituły Prezesów PTK gratuluję Panu Profesorowi Łukaszowi Kuźmie znakomitego, oryginalnego dorobku naukowego, a także aktywności w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym. Gratulujemy również Kandydatce i pozostałym Kandydatom do Nagrody Prezesów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Życzymy Państwu satysfakcji, przyjemności i wytrwałości w dalszej pracy naukowej. Mamy nadzieję, że w 2026 roku Nagroda będzie się cieszyła jeszcze większym zainteresowaniem. ●

Laureaci Nagrody Prezesów PTK*

Rok	Laureat
2001	Krzysztof Narkiewicz
2002	Piotr Ponikowski
2003	Marcin Demkow
2004	Piotr Pruszczyk
2005	Jarosław D. Kasprzak
2006	Anetta Undas
2007	Marek Deja
2008	Wojciech Wojakowski
2009	Jacek Jawień
2010	Łukasz Szumowski
2011	Ewa A. Jankowska
2012	Katarzyna Stolarz-Skrzypek
2013	Maciej Kostrubiec
2014	Mariusz Kruk
2015	Karol Kamiński
2016	Mateusz Śpiewak
2017	Tomasz Roleder
2018	Marcin Grabowski
2019	Miłosz Jaguszewski
2020	Maksymilian Opolski
2021	Jan Biegus
2022	Mariusz Tomaniak
2023	Piotr R. Futyma
2024	Agnieszka Kapton-Cieślicka
2025	Łukasz Kuźma

*Do roku 2005 Nagroda Kardiologiczna Firmy Bayer. W tabeli nie podano tytułów i stopni naukowych Laureatów, ponieważ od czasu uzyskania Nagrody uległy one zmianom

PIĄTEK
26 WRZEŚNIA

🕒 16:15–17:45
SALA SZCZECIN



Sesja Specjalna

Wspólna sesja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i National Health Service

ORGANIZACJA OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ W RAMACH OPIEKI KOORDYNOWANEJ W POZ ORAZ KRAJOWEJ SIECI KARDIOLOGICZNEJ – POTRZEBA SYNERGII

Przewodniczący:

W. Banasiak (Wrocław), A. Biesiada (Kraków), M. Sterliński (Warszawa)

1. **Krajowa Sieć Kardiologiczna, Opieka Koordynowana i Odwrócona Piramida Świadczeń – aktualne programy ścieżek pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego**
A. Doroszko (Wrocław)
2. **I10, I20, I50 i co dalej... POZ w opiece nad pacjentami kardiologicznymi**
A. Biesiada (Kraków)
3. **Organizacja opieki nad pacjentami z wielochorobowością: doświadczenia polskie z programu POZ+ oraz doświadczenia międzynarodowe**
P. Żuk (Siedlce)
4. **Zespoły sąsiedzkie: w jaki sposób NHS koordynuje opiekę w celu przeciwdziałania zagrożeniom dla zdrowia populacji**
A. Smith (London)
5. **Dyskusja panelowa**

Reklama przeznaczona wyłącznie dla osób uprawnionych

Wytyczne ESC/PTK na XXIX Międzynarodowym Kongresie PTK w Krakowie

Wytyczne ESC: wady zastawkowe



**prof. dr hab. n. med.
Tomasz Kukulski**
II Katedra i Oddział Kliniczny
Kardiologii
Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
Szpital Specjalistyczny w Zabrze

Kongres ESC 2025 w Madrycie przynosi nam długo oczekiwane (poprzedni dokument z 2021 roku) wytyczne dotyczące postępowania w wadach zastawkowych serca. Autorzy wytycznych zwracają uwagę na złożoność problemów klinicznych u pacjentów z wadami zastawkowymi, specyfikę postępowania w subpopulacjach chorych (wczesną interwencję i konieczność strategicznego planowania terapii na dekady życia chorych). Chory z wadą zastawkową to zwykle chory z wielochorobowością ze współistniejącą niewydolnością serca, chorobą wieńcową, migotaniem przedsionków. Dlatego nowe rekomendacje ESC kładą ogromny nacisk na komplementarność postępowania, są spójne z innymi wytycznymi i wymagają interdyscyplinarnego podejścia. Współautorem najnowszego dokumentu wytycznych jest prof. Wojciech Wojakowski, ekspert wad strukturalnych z ośrodka katowickiego.

Najwięcej zmian w klasie zaleceń, jak można było tego oczekiwać, pojawia się w obszarze funkcjonalnej niedomykalności mitralnej. Wyniki badań randomizowanych: MITRA-FR, COAPT, RESHAPE-HF2, oraz rejestrów pozwoliły na awans zaleceń do zabiegu brzeg do brzegu aż do klasy I z wyraźnym wskazaniem na kryteria kwalifikacyjne do tego zabiegu oparte na wynikach badania COAPT. Nowością jest także rozszerzenie pojęcia funkcjonalnej niedomykalności o fenotyp przedsionkowy i komorowy. Zaproponowany przez autorów wytycznych algorytm decyzyjny wyraźnie różnicuje nasze postępowanie w zależności od fenotypu, przyznając w typie przedsionkowym klasę zaleceń IIb dla zabiegów Edge to Edge i klasę IIa dla zabiegów chirurgicznych z jednoczasowym zaleceniem rozszerzenia terapii o chirurgiczną ablację i zamknięcie uszka. W obszarze pierwotnej niedomykalności mitralnej wytyczne wyraźnie akcentują konieczność wcześniejszej interwencji chirurgicznej. Chorzy bezobjawowi powinni być kwalifikowani do zabiegów naprawczych, jeśli spełniają co najmniej trzy z czterech kryteriów: powiększenie lewego przedsionka, współistnienie co najmniej średniej niedomykalności trójdzielnej, obecność nadciśnienia płucnego powyżej 50 mmHg czy migotania przedsionków. To zalecenie klasy IIb

Nowe wytyczne zmieniają także podejście do leczenia bezobjawowej stenozы aortalnej. Wyniki badań AVATAR i EARLY-TAVR spowodowały, iż w klasie zaleceń IIa pojawiło się wskazanie do leczenia zabiegowego bezobjawowych pacjentów, gdy EF >55% jako alternatywa dla systematycznej obserwacji przy niskim ryzyku operacyjnym po to, by chronić lewą komorę przed rozwojem jej dysfunkcji. To istotny krok w kierunku wczesnej interwencji chirurgicznej

Natomiast w objawowej stenozie aortalnej rekomendacje zalecają, aby decydującym kryterium kwalifikującym do zabiegu TAVI był wiek

chorego powyżej 70 lat, a nie jak dotychczas wiek powyżej 75 lat i wskaźniki ryzyka operacyjnego. U chorych poniżej 70 lat standardem pozostaje nadal chirurgiczna wymiana zastawki, jeśli ryzyko operacyjne jest akceptowalne.

U chorych z niedomykalnością aortalną preferowanym leczeniem jest chirurgia naprawcza zarówno z towarzyszącym tętniakiem aorty wstępującej (klasa IIb) jak i bez poszerzenia (klasa IIa). Po raz pierwszy natomiast pojawia się wskazanie dla zabiegów TAVI u wybranych chorych wysokiego ryzyka operacyjnego (zalecenie IIb). Z kolei u bezobjawowych chorych wprowadzono dodatkowe kryterium wielkości lewej komory. Indeks objętości skurczowej >45ml/m², oprócz indeksu wymiaru skurczowego LK, stał się nowym nieinwazyjnym wskaźnikiem pomocnym przy podejmowaniu decyzji o leczeniu zabiegowym.

Wprawdzie w populacji polskich chorych stenozą mitralną reumatyczną należy do rzadkości, to odsetek stenoz degeneracyjnych (MAC) systematycznie rośnie. W nowych wytycznych podtrzymano zalecenia dotyczące przezskórnej komisurotomii balonowej u chorych spełniających kryteria morfologiczne, nowością natomiast jest zalecenie klasy IIb dla implantacji przezskórnych zastawek u chorych z MAC z ciężką dysfunkcją zastawki. Zabiegi te jednak muszą być przeprowadzone wyłącznie w ośrodkach o najwyższej referencyjności.

Zastawka trójdzielna już od wielu lat skupia uwagę kardiologów zajmujących się diagnostyką i leczeniem wad nabytych serca. Autorzy rekomendacji wiele miejsca poświęcają niedomykalności trójdzielnej, podkreślając rolę obrazowania i kompleksowej diagnostyki w przygotowaniu chorego do zabiegu. W klasie I znalazło się zalecenie oceny mechanizmu niedomykalności trójdzielnej, pełnej oceny funkcji prawej komory, pomiaru inwazyjnego ciśnienia płucnego oraz oceny rokowania za pomocą skali TRISCORE. Wytyczne awansowały również procedury przezskórne przyznając klasę IIa zabiegom przezcewnikowym (bez precyzowania rodzaju zabiegu) w obrębie zastawki trójdzielnej. Wskazanie to dotyczy jednak chorych bez ciężkiej dysfunkcji prawej komory lub nadciśnienia płucnego przedwłośniczkowego.

Postępowanie z chorymi z wadami złożonymi i wielozastawkowymi wobec braku twardych dowodów naukowych pozostaje nadal wyzwaniem w praktyce klinicznej, dlatego tym bardziej cieszą zalecenia dotyczące postępowania z chorymi ze złożoną wadą aortalną zarówno objawową jak i bezobjawową. W obu tych grupach, jeśli średniej niedomykalności aortalnej towarzyszy średni gradient > 40 mmHg, chorzy powinni być leczeni zabiegowo (klasa IIb, IIc zaleceń).

Coraz więcej pacjentów z zastawkami sztucznymi stosuje jednocześnie leki przeciwzakrzepowe i przeciwpłytkowe. Wytyczne mocno akcentują konieczność oceny interakcji i powikłań związanych z tym leczeniem. W dokumencie wytycznych znajdziemy bardzo klarownie przygotowane schematy postępowania dla chorych z protezami mechanicznymi, biologicznymi ze wskazaniem do przewlekłej antykoagulacji z innych przyczyn. Zwrócono także uwagę na strategię wyboru protezy. Przypomniano o korzyściach wynikających z zastosowania zabiegu Rossa u młodszych chorych oraz konieczności planowania kolejnych zabiegów u pacjentów z długim czasem oczekiwanego przeżycia, w tym zabiegów valve-in-valve.

Po raz pierwszy w historii do współtworzenia wytycznych wad zastawkowych ESC zaproszono

przedstawicieli pacjentów. Dzięki ich aktywności w dyskusji określono m.in. rolę pacjenta w samokształceniu i budowaniu świadomości problemów, z jakimi musi się zmierzyć chory z wadą zastawkową przed i po leczeniu zabiegowym, a także zdefiniowano rolę chorego w podejmowaniu wspólnych decyzji. ●

Aktualizacja 2025 wytycznych ESC/EAS dotyczących leczenia dyslipidemii – kluczowe zmiany



**prof. dr hab. n. med.
Jacek Kubica**
Klinika Kardiologii i Chorób
Wewnętrznych CM UMK, Bydgoszcz

Grupa Robocza zaktualizowała wytyczne ESC/EAS z 2019 r., dostosowując je do nowych dowodów klinicznych, obejmując dane opublikowane do 31 marca 2025 r. Dokument dotyczy postępowania w zakresie:

1. oceny ryzyka CV, z implementacją nowych algorytmów SCORE2 i SCORE2-OP,
2. terapii obniżających stężenie LDL-C, w tym kwasu bempediowego i evinakumabu, szczególnie dla pacjentów z homozygotyczną FH,
3. leczenia hipolipemizującego podczas hospitalizacji z powodu ACS,
4. Lp(a),
5. leczenia farmakologicznego pacjentów z hipertriglicerydemią,
6. stosowania statyn w prewencji pierwotnej CVD u osób zakażonych wirusem HIV,
7. terapii statynami u pacjentów z chorobą nowotworową i wysokim lub bardzo wysokim ryzykiem kardiotoxyczności związanej z chemioterapią,
8. suplementów diety.

Dokument ten wprowadza zmiany w ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego (CV) z implementacją nowych algorytmów leczenia dyslipidemii opartych o SCORE2 i SCORE2-OP, co w zakresie oceny ryzyka pozwoliło uzyskać spójność z wytycznymi ESC 2021 dotyczącymi prewencji, polegającą na ocenie 10-letniego ryzyka zarówno śmiertelnych, jak i nieśmiertelnych incydentów CV, w miejsce wcześniejszego szacowania ryzyka zgonu. Zastosowane modele populacyjne ryzyka CVD są stosunkowo prymitywnymi narzędziami do prognozowania ryzyka indywidualnego, dlatego autorzy dokumentu zaproponowali wprowadzenie dodatkowych czynników demograficznych, klinicznych i laboratoryjnych, których obecność może uzasadniać zaklasyfikowanie danej osoby do wyższej kategorii ryzyka, niż wynikałoby to z algorytmu SCORE2 lub SCORE2-OP, i tym samym wpływać na decyzje dotyczące docelowych wartości LDL-C.

Grupa Robocza zalecała dodawanie niestatinowych terapii o udowodnionej skuteczności sercowo-naczyniowej, ze szczególnym uwzględnieniem kwasu bempediowego i evinakumabu – w celu obniżenia LDL-C, jeśli cele terapeutyczne nie zostały

osiągnięte maksymalnie tolerowaną dawką statyny. Wybór strategii należy opierać o planowaną skalę dodatkowej redukcji LDL-C, preferencje pacjenta, dostępność leczenia i jego koszty.

W zakresie postępowania terapeutycznego w ostrych zespołach wieńcowych (ACS) podkreślono zasadę: *im szybciej i niżej, tym lepiej*. Rekomenduje się, aby *uderzyć szybko i mocno* rozpoczynając leczenie wysoką dawką statyny i wczesne dołączenie ezetymibu lub innych leków niestatinowych już podczas hospitalizacji, w celu osiągnięcia docelowych wartości LDL-C we wczesnym okresie po ACS, kiedy ryzyko zdarzeń CV jest największe.

Autorzy podkreślili, że wysokie stężenie Lp(a) jest niezależnym czynnikiem ryzyka chorób CV o podłożu miażdżycowym i stenozы aortalnej. Jednak, wobec braku dostępnych swoistych terapii obniżających Lp(a), konieczne jest intensywne obniżanie LDL-C i modyfikacja innych czynników ryzyka.

Odnosząc się do problemu hipertriglicerydemii, podkreślono, że trójglicerydy (TG) są niezależnym czynnikiem ryzyka CV, a statyny pozostają leczeniem pierwszego wyboru. Natomiast fibraty wykazują ograniczoną skuteczność w redukcji ryzyka CV, stąd ich stosowanie (fenofibrat, bezafibrat) rekomendowane jest wyłącznie w wybranych sytuacjach (klasa IIb). Gdy leczenie statynami nie pozwala na osiągnięcie celu terapeutycznego, wówczas preferowane są dwie opcje terapeutyczne: ikozapent etylowy w wysokiej dawce – u pacjentów wysokiego/bardzo wysokiego ryzyka ze stężeniem TG 135–499 mg/dl w połączeniu ze statyną, oraz volanesorsen (oligonukleotyd antysensowny skierowany przeciwko mRNA ApoC-III), który skutecznie obniża TG w rodzinnym zespole chylomikronemii, zmniejszając ryzyko zapalenia trzustki, jednak wymaga ścisłego monitorowania (małopłytkowość). Zalecany przy stężeniu TG > 750 mg/dL.

Z uwagi na złożone mechanizmy patofizjologiczne związane z HIV oraz jego leczeniem ryzyko CV jest dwukrotnie większe niż w populacji ogólnej. Dostępne dowody medyczne pozwoliły na sformułowanie zalecenia włączenia statyny u wszystkich osób ≥40 lat zakażonych HIV, niezależnie od wyjściowego ryzyka CV i LDL-C, z uwzględnieniem możliwych interakcji lekowych.

W oparciu o udowodniony w badaniach klinicznych kardioprotekcyjny efekt działania statyn należy rozważyć ich stosowanie u dorosłych pacjentów onkologicznych z wysokim lub bardzo wysokim ryzykiem kardiotoxyczności związanej z chemioterapią (zwłaszcza antracyklinami), aby zmniejszyć ryzyko uszkodzenia serca.

W ostatniej części aktualizacji wytycznych Grupa Robocza nie zaleca stosowania suplementów diety oraz witamin (bez udokumentowanego bezpieczeństwa oraz skuteczności w obniżaniu LDL-C) w celu obniżenia ryzyka chorób CV o podłożu miażdżycowym.

Podsumowując, aktualizacja wytycznych 2025 wzmacnia rolę intensywnego i wczesnego leczenia hipolipemizującego, podkreśla znaczenie LDL-C jako głównego czynnika sprawczego miażdżycy oraz wprowadza nowe algorytmy oceny ryzyka. Nowe terapie, jak kwas bempediowy czy evinakumab, poszerzają możliwości leczenia pacjentów trudnych w terapii. W prewencji zwrócono uwagę na Lp(a), hipertriglicerydemię, a także szczególne grupy pacjentów – osoby z HIV i pacjentów onkologicznych. Suplementy diety generalnie nie są zalecane w redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego. ●

Konferencja prasowa inauguruje XXIX Międzynarodowy Kongres PTK

24 września odbyła się konferencja prasowa zapowiadająca XXIX Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) – największe i najważniejsze wydarzenie naukowe w dziedzinie kardiologii w Polsce. Spotkanie zgromadziło przedstawicieli środowiska medycznego oraz władz samorządowych, którzy podkreślali znaczenie Kongresu zarówno dla rozwoju nauki, jak i dla poprawy jakości opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia.

Konferencję otworzył prof. Marcin Grabowski, witając gości i zapowiadając bogaty program nadchodzącego wydarzenia. – *Kongres PTK to nie tylko spotkanie specjalistów, ale także przestrzeń wymiany wiedzy, doświadczeń i innowacji, które realnie kształtują przyszłość kardiologii w Polsce* – zaznaczył prowadzący.

O roli Krakowa jako gospodarza Kongresu mówił Stanisław Kracik, Wiceprezydent Miasta Krakowa, podkreślając, że miasto od lat stanowi ważny ośrodek nauki i rozwoju medycyny, a wydarzenie tej rangi wzmacnia jego międzynarodową pozycję. Włodarz przypomniał również, że tuż po zakończeniu Kongresu, w ostatnią niedzielę września, na Rynku Głównym odbędzie się Światowy Dzień Serca, czyli wydarzenie edukacyjne skierowane do mieszkańców i turystów, promujące profilaktykę i zdrowy styl życia.

– Jesteśmy dumni, że Kraków jest ważnym ośrodkiem na mapie nauki i innowacji, dlatego cieszy nas obecność środowiska kardiologicznego, a Światowy Dzień Serca będzie jednym z kluczowych punktów, z bezpośrednią korzyścią dla mieszkańców – zaznaczył Prezydent Kracik.

Prof. Robert J. Gil, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wskazał na strategiczne znaczenie Kongresu. – *To największe wydarzenie*



naukowe w polskiej kardiologii, które integruje środowisko, wyznacza kierunki rozwoju i realnie wpływa na poprawę jakości leczenia pacjentów. Mamy w statucie PTK edukację, Kongres jest tego zwieńczeniem.

Prof. Jacek Legutko, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Kongresu, zaprezen-

tował szczegóły programu, który obejmuje kilkaset sesji naukowych, warsztatów i sympozjów.

– *Spodziewamy się ponad 4500 uczestników. W ciągu trzech dni obrad odbędą się 162 sesje prowadzone równolegle, w tym z udziałem gości zagranicznych. Temat przewodni to najnowsze wytyczne związane z chorobami, m.in. u kobiet ciężarnych, związki między zdrowiem psychicznym a chorobami serca oraz kilkadziesiąt sesji, w ramach których będziemy wymieniać się doświadczeniami z codziennej praktyki* – zaznaczył prof. Legutko.

Narodowa Strategia Prewencji Serca i Naczyni

Jednym z punktów spotkania był wątek dotyczący perspektyw dla kardiologii, w ramach którego prof. Marek Gierlotka, prezes – elekt PTK, wskazał na znaczenie współpracy interdyscyplinarnej. Przedstawił również priorytety PTK na najbliższe dwa lata.

– *Prewencja, innowacje, współpraca – to trzy kluczowe kierunki działań. Nadal jesteśmy krajem o bardzo wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym, dlatego potrzebujemy wielosektorowej współpracy, w tym ścisłego dialogu z innymi towarzystwami naukowymi. Moim celem będzie praca nad stworzeniem Narodowej Strategii Prewencji Serca i Naczyni oraz cyfrowa transformacja. Przed nami dużo pracy i wiele wyzwań* – podsumował prof. Marek Gierlotka.

Podczas spotkania poruszono także kwestie systemowe. Prof. Robert J. Gil wskazał na konieczność współpracy ekspertów, pacjentów i decydentów w celu usprawnienia polityki

zdrowotnej. – *Pacjenci potrzebują skutecznych terapii i sprawnej opieki, a nasze zadanie jako środowiska medycznego to wskazywanie kierunków i współpraca z administracją w ich wdrażaniu. Nie możemy nie wspomnieć o zagrożeniach, a jednym z nich jest redukcja wycen w kardiologii. Rozumiemy, że system ma wiele obciążeń, ale na zdrowiu nie wolno oszczędzać. Pieniądze nie mogą być przeszkodą we wprowadzaniu innowacji, dlatego musimy taki wielosektorowy dialog cały czas prowadzić* – mówił prezes PTK.

Światowy Dzień Serca

Na zakończenie prof. Ewa Konduracka przedstawiła program obchodów Światowego Dnia Serca w Krakowie. Na mieszkańców czekać będą m.in. bezpłatne badania, konsultacje z ekspertami, warsztaty edukacyjne oraz liczne atrakcje dla całych rodzin.

– *Czas zacząć myśleć interdyscyplinarnie i holistycznie. Zaprosiliśmy diabetologów, onkologów, psychiatrów oraz inne służby ratujące życie. To są lotnicy, policjanci, strażacy czyli osoby, które często są przed lekarzami i realnie ratują życie. Przed nami ważny dzień, który równolegle odbywa się w wielu krajach na świecie* – podsumowała prof. Konduracka.

W XXIX Międzynarodowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego bierze udział wielu uczestników z Polski i zagranicy, czyniąc z niego kluczową platformę wymiany wiedzy i doświadczeń w dziedzinie kardiologii. Dzień po zakończeniu – 28 września, na Rynku Głównym w Krakowie odbędą się oficjalne obchody Światowego Dnia Serca. ●



Kardiomiopatie pod kontrolą

rozmowa z Zespołem Koordynującym o wyzwaniach i sukcesach programu B.162



**prof. dr hab. n. med.
Piotr Podolec**

Klinika Chorób Serca i Naczyń, Instytut Kardiologii Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Krakowski Szpital Specjalistyczny
im. św. Jana Pawła II
Przewodniczący Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Kardiomiopatii



**dr hab. n. med. Zofia
Oko-Sarnowska**

I Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

To pierwszy tak kompleksowy program leczenia rzadkich kardiomiopatii w Polsce. Za jego powodzenie odpowiada Zespół Koordynacyjny, który decyduje o kwalifikacjach pacjentów. O kulisach pracy, sukcesach i problemach systemowych mówią prof. Piotr Podolec i dr hab. Zofia Oko-Sarnowska z Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii.

Zespół koordynujący pełni ogromną rolę w zapewnieniu prawidłowego funkcjonowania programu lekowego B.162. Jakie są główne zadania zespołu koordynującego program leczenia kardiomiopatii?

[PP] Zgodnie z Regulaminem Zespołu, do naszych podstawowych zadań należy kwalifikowanie pacjentów do leczenia kardiomiopatii amyloidowej ATTR tafamidem oraz kardiomiopatii przerostowej z zawężeniem drogi odpływu lewej komory serca mawakamtenem. Drugim ważnym zadaniem Zespołu jest podejmowanie decyzji o włączeniu i odrzuceniu pacjentów z programu oraz okresowa ocena skuteczności terapii. Od początku funkcjonowania Zespół odbył 17 posiedzeń, podczas których wydaliśmy łącznie 562 decyzje. Wśród nich było 478 decyzji pozytywnych – 167 dotyczyło pacjentów z amyloidozą, a 311 pacjentów z przerostową kardiomiopatią zawężającą. Jednocześnie 84 decyzje miały charakter negatywny, w tym 14 przypadków amyloidozę i 70 dotyczących kardiomiopatii przerostowej.

Najczęstsze powody odmów to niespełnienie kryteriów programu, np. nieodpowiedni stopień zaawansowania choroby, brak wymaganych badań – takich jak wolne łańcuchy lekkie czy współczynnik Kappa/Lambda – albo brak jednoznacznego potwierdzenia rozpoznania kardiomiopatii ATTR w badaniu scyntygraficznym. Czasem powodem jest brak dokumentacji potwierdzającej optymalizację leczenia farmakologicznego czy konieczność pogłębienia diagnostyki różnicowej, np. w kierunku choroby Danona lub Pompego. Spotykamy się też z brakami formalnymi: brak konsultacji hematologicznej wykluczającej amyloidozę AL, brak opisu badań zastawkowych, a w nielicznych przypadkach – brak ubezpieczenia zdrowotnego czy odmowa pacjenta udziału w programie.

Na dziś program realizowany jest w 33 ośrodkach w Polsce.

Jak wygląda współpraca Zespołu z ośrodkami klinicznymi realizującymi program?

[PP] Bardzo intensywnie stawiamy na edukację i współpracę. Organizujemy konferencje i warsztaty, aby ułatwić lekarzom prawidłowe wypełnianie dokumentacji i proces kwalifikacji pacjentów. Warto wspomnieć choćby Światowy Dzień Amyloidozę połączony z I Małopolskimi Warsztatami w Krakowie, czy dwie ogólnopolskie konferencje naukowe „Kardiomiopatie”. Ponadto przeprowadziliśmy liczne szkolenia dedykowane ośrodkom, koncentrujące się szczególnie na dokumentacji pacjentów z amyloidozą transtyretynową i przerostową kardiomiopatią zawężającą.

Dodatkowo, aby usprawnić komunikację, przy Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II powstało Biuro Koordynacji ds. Chorób Rzadkich. Udostępniamy tam rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne, przygotowane przez grono ekspertów, m.in. profesorów Andrzeja Gackowskiego, Jacka Grzybowski, Magdalenę Kostkiewicz, Monikę Komar, Piotra Podolca, Krzysztofa Jamroziaka czy Katarzynę Holcman.

Jak wygląda proces kwalifikacji pacjenta do programu lekowego z perspektywy Zespołu Koordynującego?

[ZOS] Proces jest wieloetapowy i oparty na ścisłej współpracy z NFZ i Ministerstwem Zdrowia. Wniosek o kwalifikację składany jest za pośrednictwem systemu SMPT. Następnie cała dokumentacja – badania obrazowe, laboratoryjne, historia choroby, stosowane dotychczas terapie i zgoda pacjenta – jest analizowana podczas posiedzenia Zespołu, w obecności przedstawicieli NFZ i Ministerstwa.

Decyzja o włączeniu pacjenta do programu jest więc wynikiem wspólnej oceny danych klinicznych i formalnych. Jeśli jest pozytywna, ośrodek planuje pierwszą wizytę i inicjuje terapię. Jednocześnie pacjent otrzymuje informacje o dawkowaniu, a ośrodek ustala harmonogram badań kontrolnych. Wszystko jest na bieżąco wprowadzane do systemu SMPT. Co pół roku analizujemy skuteczność leczenia i na tej podstawie podejmujemy decyzję o kontynuacji bądź zakończeniu terapii.

Jakie są najczęstsze problemy organizacyjne i kliniczne przy realizacji programu?

[ZOS] Najczęściej podnoszonym problemem jest finansowanie. Wycena świadczeń nie zawsze odpowiada rzeczywistym kosztom. W najtrudniejszej sytuacji są ośrodki, które włączyły już kilkudziesięciu pacjentów. Dotyczy to m.in. liczby wizyt i zakresu monitorowania pacjentów, konieczności zapewnienia personelu – dwóch lekarzy, dwóch pielęgniarek i zespołu administracyjnego – oraz czasu pracy poświęconego na dokumentację i raportowanie w systemie SMPT. Ośrodki sygnalizują, że przy obecnych nakładach może to ograniczać gotowość do pełnego wdrażania programu, choć wszyscy jesteśmy świadomi, jak duże znaczenie ma on dla pacjentów.

Czy Zespół ma możliwość proponowania zmian w programie?

[PP] Tak, i korzystamy z tego. W półrocznych raportach zgłaszamy nasze propozycje do NFZ i Ministerstwa. Wskazywaliśmy na potrzebę

umożliwienia świadczeniodawcom wglądu w opinie wszystkich członków Zespołu, dodania do wniosków danych kontaktowych wnioskodawcy, a także obowiązkowego załączania zgody pacjenta. Postulowaliśmy też doprecyzowanie zasad diagnostyki w przypadkach trudnych, np. tzw. „nieechogenicznych” pacjentów, oraz wprowadzenie obowiązkowych badań różnicujących inne przyczyny przerostu lewej komory, takich jak test suchej kropli w kierunku choroby Fabry’ego. Wskazywaliśmy też na potrzebę precyzyjnego opisu optymalizacji terapii u pacjentów kwalifikowanych do leczenia mawakamtenem. Wszystkie te propozycje trafiły również do Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii, prof. Waldemara Banasiaka.

Jak układa się współpraca z NFZ i Ministerstwem Zdrowia?

[PP] Bardzo dobrze. NFZ i Ministerstwo były z nami od samego początku – organizowały szkolenia z obsługi SMPT, wspierały proces wdrażania programu. Co ważne, w każdym posiedzeniu Zespołu biorą udział ich przedstawiciele, dzięki czemu możemy od razu reagować na pojawiające się problemy. Chciałbym też podkreślić rolę Krakowskiego Szpitala im. św. Jana Pawła II, który utworzył Biuro Koordynacji ds. Chorób Rzadkich i powierzył dedykowanym pracownikom wsparcie administracyjne. To realnie ułatwia funkcjonowanie programu.

Czy prowadzicie Państwo analizy skuteczności terapii?

[ZOS] Tak, ocena skuteczności to nieodłączny element programu. Analizujemy wyniki pacjentów leczonych mawakamtenem w przerostowej kardiomiopatii zawężającej oraz tafamidem w amyloidozie transtyretynowej. Dane są gromadzone i przekazywane w półrocznych raportach do NFZ i Ministerstwa Zdrowia. Obecnie czekamy na zgodę NFZ na wykorzystanie danych z SMPT do bardziej pogłębionych analiz statystycznych.

Jak program wpływa na jakość życia pacjentów i ich rokowania?

[ZOS] Program B.162 to ogromny przełom. Terapie celowane – mawakamten i tafamidem – realnie

zmieniają codzienność pacjentów. U większości pacjentów obserwuje się istotną poprawę w zakresie ustępowania lub złagodzenia objawów choroby, poprawę tolerancji wysiłku i wydolności fizycznej. Wiele osób odzyskuje niezależność, a część wraca do pracy zawodowej.

Z perspektywy rokowania leczenie spowalnia progresję niewydolności serca, zmniejsza ryzyko hospitalizacji i poważnych powikłań sercowo-naczyniowych i wydłuża życie wolne od zdarzeń sercowo-naczyniowych. W przypadku amyloidozę transtyretynowej (tam, gdzie rokowanie jest szczególnie złe) terapia przekłada się na wydłużenie przeżycia chorych. Widać także pozytywny wpływ programu na świadomość zarówno pacjentów, jak i lekarzy – co pozwala na wcześniejsze rozpoznanie chorób i szybsze wdrożenie terapii.

Jak widzą Państwo przyszłość leczenia kardiomiopatii w Polsce?

[PP] Jestem optymistą. Po stronie medycznej mamy dynamiczny rozwój metod diagnostycznych – coraz lepszy sprzęt diagnostyczny (rezonans magnetyczny, scyntygrafia z nowocześniejszymi znacznikami, trójwymiarową echokardiografię 3D i rosnącą rolę badań genetycznych, która pozwala na personalizację terapii. W 2023 roku opracowaliśmy ważny dokument dotyczący diagnostyki i leczenia amyloidozę transtyretynowej serca (Kardiologia Pol. 2023, 81(11): 1167–1185, doi: 10.33963/v.kp.97817). Trwają prace nad aneksem do programu lekowego B.162 i dołączeniem kolejnych leków dopuszczonych już do leczenia amyloidozę ATTR. Po stronie organizacyjnej kluczowe będzie wzmacnianie ośrodków referencyjnych, standaryzacja procedur i rozwój systemów takich jak SMPT.

Musimy też pracować nad lepszym finansowaniem – tak, by odzwierciedlało rzeczywisty nakład pracy zespołów wielospecjalistycznych. W przyszłości leczenie kardiomiopatii w Polsce będzie oparte na medycynie precyzyjnej, interdyscyplinarnej opiece i ścisłej współpracy między instytucjami centralnymi a środowiskiem klinicznym. To kierunek, który daje pacjentom szansę na dłuższe i lepsze życie. ●



**PIĄTEK
26 WRZEŚNIA**

**🕒 13:40–14:20
SALA LUBLIN**

**SPOTKANIE RECENZENTÓW
I RADY NAUKOWEJ
„KARDIOLOGII POLSKIEJ”**

Digital Cardio Area podczas XXIX Międzynarodowego Kongresu PTK

relacja ze specjalnej sesji konkursowej

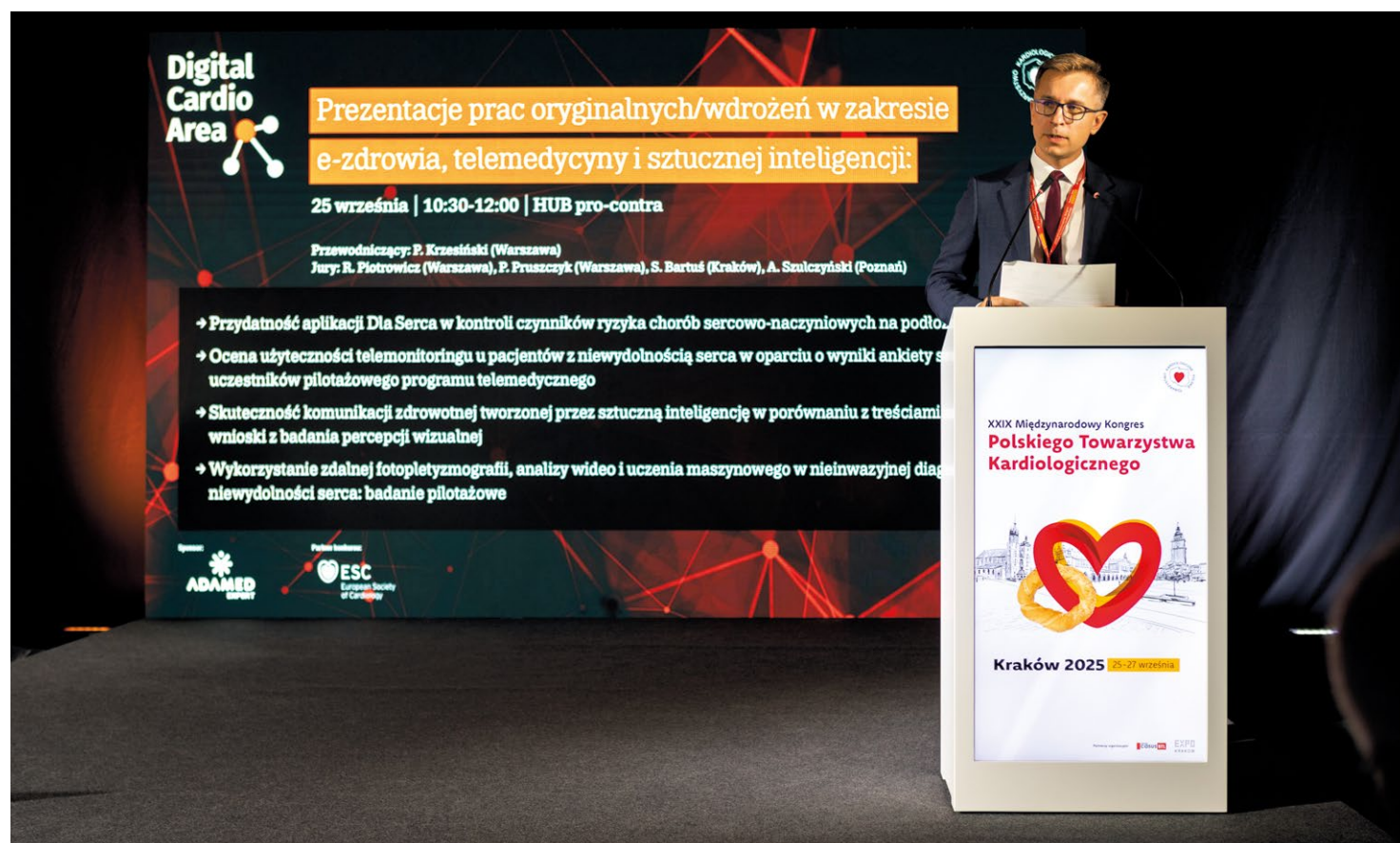
W ramach Digital Cardio Area (DCA) podczas XXIX Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego odbyła się specjalna konkursowa sesja prezentacji prac oryginalnych w zakresie e-zdrowia, telemedycyny i sztucznej inteligencji.

Sesja odbyła się 25 września 2025 roku i stanowiła okazję do prezentacji oryginalnych prac naukowych oraz wdrożeń technologicznych. Najlepsze projekty wyłonione zostały w drodze konkursu, którego celem było promowanie rozwiązań przyczyniających się do poprawy jakości opieki nad pacjentami, wspierania procesu diagnostycznego i terapeutycznego oraz wdrażania nowoczesnych technologii do codziennej praktyki klinicznej.

DCA to także przestrzeń integracji środowisk – medycznego, naukowego i technologicznego – która sprzyja wymianie doświadczeń i tworzeniu wspólnych projektów w obszarze cyfrowych innowacji w kardiologii.

Prace zakwalifikowane do finałowej prezentacji:

- „Przydatność aplikacji Dla Serca w kontroli czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych na podłożu miażdżycy” – dr n. med. Piotr Duchnowski i wsp. (Warszawa)
- „Ocena użyteczności telemonitoringu u pacjentów z niewydolnością serca w oparciu o wyniki ankiety satysfakcji uczestników pilotażowego programu telemedycznego” – dr n. med. Anna Drohomirecka i wsp. (Warszawa)
- „Skuteczność komunikacji zdrowotnej tworzonej przez sztuczną inteligencję w porównaniu z treściami ekspertów: wnioski z badania percepcji wizualnej” – dr hab. n. med. Robert Olszewski i wsp. (Warszawa)
- „Wykorzystanie zdalnej fotopletyzmoграфии, analizy wideo i uczenia maszynowego w nieinwazyjnej diagnostyce niewydolności serca: badanie pilotażowe” – Sławomir Pawłowski i wsp. (Katowice)



Decyzją jury zwycięzcą tegorocznej edycji Digital Cardio Area została praca pt. „Wykorzystanie zdalnej fotopletyzmoграфии, analizy wideo i uczenia maszynowego w nieinwazyjnej diagnostyce niewydolności serca: badanie pilotażowe” – autorstwa Sławomira Pawłowskiego i wsp. (SUM Katowice).

Rozwiązanie to zostało docenione za innowacyjne połączenie technologii zdalnych badań, algorytmów uczenia maszynowego oraz praktycznego zastosowania klinicznego, które otwierają nowe możliwości w diagnostyce niewydolności serca.

Nagrodą główną dla zwycięzców jest bezpłatne uczestnictwo w ESC Digital & AI Summit 2025 w Berlinie, który odbędzie się w dniach 21–22 listopada.

Digital Cardio Area to unikalna przestrzeń, w której łączymy naukę, technologię i praktykę kliniczną. Z roku na rok widzimy coraz większą dojrzałość prezentowanych rozwiązań – zarówno w zakresie innowacyjnych badań naukowych, jak i realnych wdrożeń telemedycznych. Celem konkursu jest nie tylko wyróżnienie najlepszych prac, ale przede wszystkim budowanie mostów między lekarzami, inżynierami i twórcami nowych

technologii. To właśnie dzięki takim inicjatywom możemy przyspieszać proces przenoszenia innowacji do codziennej praktyki i poprawiać jakość opieki nad pacjentami.

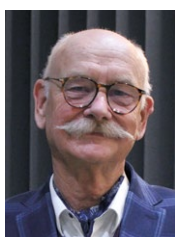
Gratuluje wszystkim autorom zakwalifikowanych projektów – ich zaangażowanie pokazuje, że polska kardiologia cyfrowa ma ogromny potencjał rozwoju. Szczególne gratulacje kieruję do zwycięskiego zespołu z Katowic, którego praca stanowi znakomity przykład pasji i praktycznego wykorzystania nowoczesnych technologii w diagnostyce niewydolności serca – powiedział prof. Paweł Krzesiński, przewodniczący jury konkursu DCA. ●



Rozmowa z prof. Ryszardem Piotrowiczem i prof. Pawłem Krześcińskim na temat powołania Sekcji Sztucznej Inteligencji i Rozwiązań Cyfrowych PTK



ptk prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Paweł Krześciński
Kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych
Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy



prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz
Klinika Choroby Wieńcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego - Państwowy Instytut Badawczy w Aninie, Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

Panie Profesorze, jest Pan pierwszym przewodniczącym Sekcji Sztucznej Inteligencji i Rozwiązań Cyfrowych PTK. Skąd pomysł powołania takiej jednostki właśnie teraz?

[RP] Widzimy ogromny postęp w obszarze sztucznej inteligencji i cyfryzacji medycyny. Rozwiązania te pojawiają się coraz częściej w badaniach, publikacjach i na konferencjach. To naturalna inicjatywa - środowisko kardiologiczne w Polsce musi mieć swoją platformę integrującą ekspertów i wspierającą wdrażanie wartościowych technologii do praktyki klinicznej. Sekcja ma pełnić rolę hub'a kompetencji, które nie tylko edukuje, ale także doradza i opiniuje projekty związane z AI.

A jakie znaczenie dla kardiologii w Polsce ma stworzenie Sekcji w tym momencie?

[RP] To odpowiedź na pilną potrzebę. Polskie ośrodki kardiologiczne coraz częściej wykorzystują rozwiązania cyfrowe, ale nie zawsze mają wystarczające wsparcie merytoryczne czy narzędzia oceny przydatności technologii. Sekcja umożliwi zbudowanie ekosystemu - od szeroko pojętej edukacji i integracji naszego środowiska, aż po współpracę z regulatorami. Chcemy, aby Polska była aktywnym uczestnikiem międzynarodowej dyskusji o roli AI w medycynie.

Jak Pan ocenia przygotowanie polskich ośrodków do implementacji AI?

[RP] Jesteśmy na etapie dynamicznego rozwoju AI, ale oprócz niewątpliwych zalet niesie to również wyzwania. Nie wszyscy lekarze czują się pewnie w obszarze nowych technologii, co jest w pełni zrozumiałe. Sekcja będzie miejscem, gdzie można wymieniać doświadczenia i wypracowywać dobre praktyki.

Panie Profesorze, przejął Pan funkcję przewodniczącego Sekcji na kadencję w latach 2025-2027. Jakie cele strategiczne stawia Pan sobie na najbliższe lata?

[PK] Najważniejsze jest, by zbudować trwałą sieć współpracy - zarówno w Polsce, jak i międzynarodowo. Zamierzamy rozwijać inicjatywy edukacyjne i tworzyć platformę

wymiany wiedzy między lekarzami, inżynierami i ekspertami IT. Chcemy wspierać interdyscyplinarne projekty naukowe, które pokażą realną wartość AI i rozwiązań cyfrowych dla pacjenta.

A w jakich obszarach kardiologii te technologie mogą dać największe korzyści?

[PK] Największy potencjał widzimy w diagnostyce obrazowej, telemonitoringu, w prewencji nagłych zdarzeń sercowo-naczyniowych, a także w optymalizacji procesów klinicznych. AI może pomóc lekarzowi szybciej, dokładniej podejmować decyzje dopasowane do indywidualnego pacjenta. Jesteśmy świadomi, że pozyskujemy coraz więcej danych o pacjencie, niejednokrotnie więcej niż jesteśmy w stanie szczegółowo przeanalizować, działając często pod presją czasu, „siłą własnych zmysłów i umysłu”. Dogłębna analiza z wykorzystaniem nowoczesnych technologii może być wartościowym wsparciem personelu medycznego, dając nam więcej czasu na bezpośrednią relację z pacjentem. Nie można również zapominać o pomocniczej roli AI w działalności badawczej i naukowej - tu również potrzebujemy rzetelnej edukacji i budowania dobrych praktyk.

Czy Sekcja planuje współpracę z organizacjami międzynarodowymi?

[PK] Oczywiście. Już teraz współdziałamy z European Society of Cardiology, a także z innymi sekcjami i stowarzyszeniami zajmującymi się medycyną cyfrową. Współpraca międzynarodowa jest niezbędna, bo technologie rozwijają się globalnie, a my chcemy, by polska kardiologia była w głównym nurcie.

Jakie korzyści będą mieli członkowie PTK, którzy dołączą do Sekcji?

[PK] Przede wszystkim dostęp do wiedzy, możliwość nawiązania cennych interdyscyplinarnych kontaktów, współtworzenia wytycznych czy dobrych praktyk. Dla młodych kardiologów to szansa, by od początku swojej kariery uczestniczyć w transformacji cyfrowej kardiologii i współpracować ze społecznością ekspertów na granicy medycyny i technologii.

Jak Panowie wyobrażają sobie kardiologię w Polsce za 10-15 lat?

[RP] Sztuczna inteligencja stanie się narzędziem codziennej praktyki, ale to od nas zależy czy nauczymy się go umiejętnie używać. Lekarz nie będzie zastąpiony, ale zyska cenne wsparcie w diagnostyce i podejmowaniu decyzji.

[PK] Zgadzam się. Widzę przyszłość, w której cyfryzacja i AI odegrają ważną rolę w spersonalizowanej, bardziej efektywnej opiece nad pacjentem. To nie *science fiction* - to proces, który już trwa. Niemniej niezwykle ważnym jest rozsądne wdrażanie tych rozwiązań, oparte na rzetelnej wiedzy, konstruktywnej dyskusji i edukacji, przy czym Sekcja PTK stanie się jednym z głównych motorów napędowych tego postępu. ●

Reklama przeznaczona wyłącznie dla osób uprawnionych

„Zobacz moje serce”

otwarcie wystawy pacjentów na XXIX Międzynarodowym Kongresie PTK

Podczas pierwszego dnia XXIX Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego odbyło się uroczyste otwarcie wyjątkowej ekspozycji pt. „Zobacz moje serce”, przygotowanej przez Stowarzyszenie Eco-Serce. W uroczystym otwarciu udział wziął prof. Marek Gierlotka, prezes PTK oraz prof. Robert J. Gil, past prezes PTK.

Ekspozycja pozwoliła uczestnikom Kongresu i gościom spojrzeć na choroby serca z perspektywy pacjenta i dostrzec, dlaczego tak łatwo je przeoczyć, i jak ogromne konsekwencje niesie brak właściwej profilaktyki oraz wczesnej diagnostyki.

Wystawa miała przede wszystkim charakter edukacyjny. Inspirowała do refleksji, ale także motywowała do podejmowania działań: regularnych badań, monitorowania zdrowia serca i korzystania z konsultacji specjalistycznych.

Dlaczego ta wystawa jest ważna?

W świecie przesyconym informacjami, w którym rzetelna wiedza często przegrywa z uproszczonymi komunikatami i fake newsami, takie inicjatywy jak „Zobacz moje serce” odgrywają wyjątkową rolę. Zrozumienie medycyny osobom bez przygotowania specjalistycznego, pokazuje, że choroby serca



to nie tylko problem medyczny, ale także społeczny i psychologiczny.

– Jestem zaszczyczony, że tak szczytna inicjatywa została otwarta na polu największego i najważniejszego kongresu kardiologicznego.

Te zdjęcia pokazują pacjentów, którzy mogą prowadzić normalne życie, wyglądają zupełnie normalnie, ale na co dzień borykają się z poważnymi problemami – podsumował prof. Gil.

Dla osób zdrowych wystawa była impulsem do refleksji i zachętą, aby nie odkładać badań profilaktycznych. Dla pacjentów – potwierdzeniem, że ich doświadczenia są realne, choć często niewidoczne dla otoczenia. Dla środowiska medycznego natomiast stanowiła okazję do podjęcia dialogu z pacjentami i opinią publiczną.

Przestrzeń dialogu podczas Kongresu

Ekspozycja w ramach Kongresu PTK stała się czymś więcej niż tylko wystawą. Była przestrzenią spotkań i rozmowy między lekarzami, pacjentami, organizacjami pozarządowymi i opinią publiczną. Przypomniła, że profilaktyka, dostęp do diagnostyki i skutecznego leczenia

chorób serca to wspólna odpowiedzialność – zarówno po stronie systemu ochrony zdrowia, jak i całego społeczeństwa.

Oprac. Anna Miałkowska

PIĄTEK
26 WRZEŚNIA

10:45–12:15
SALA SZCZECIN

Sesja Specjalna



SZTUCZNA INTELIGENCJA W KARDIOLOGII – CO POWINNIŚMY WIEDZIEĆ O REWOLUCJI W MEDYCYNIE?

Przewodniczący:

P. Krzeński (Warszawa), M. Boni (Warszawa), P. Szymański (Warszawa)

- Sztuczna inteligencja w medycynie – szanse, zagrożenia – Świat, Europa, Polska**
A. Rys (Kraków)
- Sztuczna inteligencja w gabinecie kardiologa – najwyższy czas**
M. Nedoszytko (Gdańsk)
- AI w kardiologii oparta na dowodach naukowych – co już wiemy**
Ł. Kołtowski (Warszawa)
- Czarna skrzynka AI – jak ocenić ryzyko „współpracy” ze sztuczną inteligencją**
P. Szymański (Warszawa)
- Dyskusja**



XXIX Międzynarodowy Kongres PTK

oczami naszego fotoreportera



XXX

Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Poznań 17-19 września 2026 r.

**Wydawca:**

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne,
Warszawa, ul. Stawki 3A lok. 1-3

Komitet Organizacyjny:

prof. dr hab. med. Jacek Legutko
prof. dr hab. med. Stanisław Bartuś
prof. dr hab. med. Monika Komar
prof. dr hab. med. Marek Rajzer

Opracowanie wydawnicze:

Grupa casusBTL Sp. z o.o.
ul. Rodawska 26, 61-312 Poznań



GRUPA
casus BTL

Opieka redakcyjna:

Grupa casusBTL

Redaktor prowadzący:

Bartosz Szymański

Redakcja i korekta:

Karolina Urbańska
Bartosz Szymański
Grupa casusBTL

Skład i opracowanie graficzne:

Marcin Płuska

Obsługa fotograficzna:

Wojciech Kasprzak

Publikacja przeznaczona dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 z późniejszymi zmianami).

© Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Jakiegokolwiek kopiowanie niniejszej publikacji, w części lub w całości, bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy jest całkowicie zabronione. Wydawca nie ponosi odpowiedzialności

za treść reklam i ogłoszeń. Opinie wyrażone w poszczególnych artykułach są wyłącznie opiniami ich autorów i nie mogą być przypisywane wydawcy, redaktorom ani członkom Komitetu Naukowego.

Każdy lekarz powinien kierować się własnym doświadczeniem klinicznym podejmując decyzję o przewadze korzyści z leczenia nad ryzykiem działań niepożądanych. Lekarze powinni zapoznać się z pełną informacją o preparatach wymienionych w artykułach, zamieszczoną na opakowaniach leków lub w materiałach promocyjnych producentów.